

incluyen gran tamaño (> 5 cm), contorno lobulado, ulceración, realce heterogéneo, linfadenopatías regionales, infiltración de grasa mesentérica y patrón de crecimiento exofítico. Sin embargo, la localización no es significativa para diferenciar benignidad de malignidad. La TC resulta una técnica útil para el diagnóstico diferencial entre leiomioma y leiomiosarcoma en el tracto gastrointestinal^{7,8}. En relación con su pronóstico, estos tumores se clasifican en leiomioma, leiomiosarcoma de bajo grado y leiomiosarcoma de alto grado, de acuerdo con la atipia celular y el índice mitótico. Los leiomiosarcomas normalmente miden más de 10 cm. Los factores que afectan al índice de supervivencia en pacientes con leiomiosarcomas son: ser varón, tamaño mayor de 5 cm, resección incompleta, estadio avanzado y alto grado de enfermedad⁴.

El tratamiento es siempre quirúrgico aunque, si la imagen radiológica o endoscópica es típica de benignidad y el paciente es de edad avanzada o con alto riesgo operativo, puede optarse por la observación. En alguna localización del ID puede realizarse embolización arterial del área sanguínea, posterior identificación y terapéutica laparoscópica².

En este caso de leiomioma localizado en el íleon terminal que acabamos de exponer, la presentación fue en forma de dolor abdominal, diarrea y vómitos. En nuestra consulta se atienden con frecuencia procesos que habitualmente tienen orientación sindrómica clara y limitada en el tiempo, siendo fundamental detectar la presencia de otras manifestaciones sistémicas sobrañadidas o nuevas sintomatologías, para lo que se debe realizar una búsqueda más exhaustiva a fin de llegar a una sospecha clínica y, con la ayuda de medios diagnósticos complementarios, a un diagnóstico etiológico.

Hay varios aspectos que llaman la atención: la importancia que tiene la realización de una cuidadosa anamnesis, la interrelación con el paciente y la estrecha colaboración con el especialista, que hacen que en muchos de los casos el diagnóstico sea mucho más temprano.

A. DEL CASTILLO ESCOBAR, C. GONZÁLEZ SÁNCHEZ,
M.P. SANZ CARABAÑA Y S. ÁLVAREZ MONTERO

Centro de Salud de Torrelodones. Área 6 de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Mayer RJ. Gastrointestinal tract cancer. En: Harrison's principles of internal medicine (14.^a ed.). McGraw-Hill, 1998.
- Beajow M, Singh HK, Wiese DA, Pandyan JR. Bleeding jejunal leiomyoma: a new approach. Am J Gastroenterol 1995; 90: 131-133.
- Miettinen M, Virolainen M, Maarit-Sarlomo-Rikala. Gastrointestinal stromal tumors-value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas. Am J Surg Pathol 1995; 19: 207-216.
- Chou FF, Eng HL, Sheen-Chen SM. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: analysis of prognostic factors. Surgery 1996; 119: 171-177.
- Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Browne L, Buetow PC, Lowry MA, Sabin LH. Esophageal leiomyomatosis. Radiology 1996; 199: 533-536.
- Silverstein FE. Gastrointestinal endoscopy. En: Harrison's principles of internal medicine (14.^a ed.). MacGraw-Hill, 1998.
- Cox MA, Cooper BT, Sagar G. Endoscopy and computed tomography in the diagnosis and follow up of esophageal leiomyoma. Gut 1995; 37: 288-291.
- Chun HJ, Byun JY, Chun KA, Rha SE, Lee JM, Shinn KS. Gastrointestinal leiomyoma and leiomyosarcoma: CT differentiation. J Comput Assist Tomogr 1998; 22: 69-74.

Hormonoterapia con tamoxifeno y el médico de familia

Sr. Director: En el ámbito diario de nuestra consulta se nos solicita consejo sobre los más variados temas de salud, desde pequeños detalles hasta asuntos de mucho mayor calado. En una de estas últimas situaciones nos encontramos cuando acudió a nuestra consulta una paciente de 32 años que había sido sometida a mastectomía radical con vaciado axilar por un carcinoma ductal infiltrante T3N1, con receptores hormonales positivos tanto para estrógenos como para progestágenos y sin diseminación metastásica. La paciente había recibido ya tandas de radioterapia y quimioterapia, y llegados a este punto en su escalada terapéutica se le había propuesto tratamiento con tamoxifeno. La paciente acudió a nuestra consulta para solicitar consejo acerca de la conveniencia de someterse a esa terapia y de sus posibles riesgos. Una cuestión así, del ámbito de la atención especializada, pone a prueba la amplitud de nuestros conocimientos así como su actualización; máxime en un tema nada baladí como era este. Tras emplazar a la paciente para una nueva visita nos dispusimos a revisar la mayor información posible al respecto.

El tamoxifeno es un agente antineoplásico hormonal, un modulador selectivo de receptores estrogénicos (SERM es el acrónimo inglés) de efecto antagonista sobre el tejido mamario y efecto agonista sobre los tejidos óseo y uterino. Aparte de su efecto sobre la mama, el tamoxifeno parece tener efectos positivos, como disminuir la incidencia de enfermedad cardíaca y favorecer la preservación de la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas. Los efectos negativos son el aumento del riesgo de cáncer de endometrio y de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar; también se le asocia con un aumento de la incidencia de quistes benignos de ovario y, aunque en algunos estudios se apunta malignidad gastrointestinal, no se ha confirmado. Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, el uso del tamoxifeno se restringe a terapia coadyuvante posquirúrgica del cáncer de mama en mujeres con receptores hormonales positivos. El Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group llevó a cabo en 1998 una revisión de 55 ensayos aleatorios de todo el mundo con 37.000 mujeres tratadas con tamoxifeno y seguidas durante 5 años o más; de éstas, 8.000 fueron excluidas al tener receptores estrogénicos negativos. Los resultados con

el tratamiento de 5 años objetivaron una reducción de la tasa de recurrencias a los 10 años del 47%, una reducción de la incidencia de tumores contralaterales del 47% y una disminución de la mortalidad del 26%. El número necesario de pacientes a tratar (NNT) para prevenir una recurrencia era de 8, y para prevenir una muerte, de 22. En lo referente a los efectos secundarios, el NNT era de 97 para un caso de cáncer de endometrio.

El efecto preventivo sobre la recurrencia y los tumores contralaterales hizo considerar la posibilidad del uso del tamoxifeno como tratamiento en prevención primaria. Un importante ensayo en ese sentido, el US Breast Cancer Prevention Trial, se dio por finalizado antes de lo previsto ante los resultados obtenidos: una reducción del 45% de la incidencia del tumor (85 casos en el grupo tratado con tamoxifeno y 154 en el grupo placebo, de un total de 239 casos en 13.338 mujeres). Los efectos secundarios fueron mayores en el grupo tamoxifeno: 33 casos de cáncer de endometrio por 14 en grupo placebo; 17 embolias pulmonares por 6 y 30 trombosis venosas profundas del grupo tratado frente a 19 del grupo placebo.

Dos estudios posteriores, uno inglés (2.471 mujeres seguidas durante 6 años) y otro italiano (5.408 durante 4 años), no hallaron diferencias significativas en la incidencia de cáncer de mama entre el grupo tratado con tamoxifeno y el grupo placebo. El menor tamaño de ambos estudios, el hecho de que el inglés incluyese a mujeres más jóvenes y con historia familiar de alto riesgo –quizás menos susceptibles a la prevención– tratadas durante más tiempo y que el italiano incluyese a mujeres más jóvenes e hysterectomizadas y con una alta tasa de abandonos (26%) podrían explicar las diferencias con el estudio estadounidense.

Resumiendo, la utilidad del tamoxifeno como tratamiento coadyuvante parece demostrada, si bien habrá que considerar cada caso individualmente. En cuanto a su utilidad en la prevención primaria, deberemos esperar nuevos estudios en ese campo.

En el caso de nuestra paciente, dejamos clara la efectividad del tamoxifeno como tratamiento coadyuvante, pero también quedó patente el riesgo de cáncer de endometrio en una mujer joven y no hysterectomizada.

WALTER BLANCO LÓPEZ

Residente de tercer año de la Especialidad
de Medicina Familiar y Comunitaria. UBS Es Castell.
CS Dalt. Sant Joan de Mahón. Menorca.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alonso JM. Cáncer de mama: manejo desde atención primaria. SEMERGEN 2000; 26: 491-501.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. Lancet 1998; 351: 1451-1567.
- Fisher B, Constantino JP, Wickerham DL, Redmon CK, Kavanah M, Cronin WM et al. Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-14. J Nat Can Inst 1994; 86: 527-537.
- Fisher B, Constantino JP, Wickerham DL, Radmacher MD, Simon R. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. J Nat Can Inst 1998; 90: 1371-1388.

- Love RR, Mazess RB, Barden HS, Epstein S, Newcomb PA, Jordan VC. Effects of tamoxifen on bone mineral density in postmenopausal women with breast cancer. N Engl J Med 1992; 326: 852-856.
- Love RR, Wiebe DA, Newcomb PA, Cameron L, Leventhal H, Jordan VC. Effects of tamoxifen on cardiovascular risk factors in postmenopausal women. Ann Int Med 1991; 115: 860-864.
- Powles T, Eeles R, Ashley S et al. Interim analysis of the incidence of breast cancer in the Royal Marsden Hospital tamoxifen randomised chemoprevention trial. Lancet 1998; 352: 98-101.
- Radmacher MD, Simon R. Estimation of tamoxifen's efficacy for preventing the formation and growth of breast tumors. J Nat Can Inst 2000; 9: 48-53.
- Veronesi U, Maisonneuve P, Costa A, Sacchini V, Maltoni C, Robertson C. Prevention of breast cancer with tamoxifen: preliminary findings from the Italian randomised trial among hysterectomised women. Lancet 1998; 352: 93-97.

Sobre el índice kappa

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés el artículo de Abraira sobre el índice kappa y nos parecen muy loables iniciativas como ésta para dar a conocer y divulgar temas sobre aspectos metodológicos entre los profesionales de la atención primaria de salud. Aunque se hace una descripción didáctica de la influencia que pueden tener en la interpretación del índice kappa tanto la baja prevalencia del factor estudiado como la similitud de prevalencias entre dos observadores de un estudio cuando se comparan dos variables de tipo cualitativo dicotómico (sí/no), entendemos que no son de aplicación estos argumentos para los resultados del artículo nuestro al que se hace referencia. Como describíamos en el artículo¹, en nuestra muestra los médicos de atención primaria diagnosticaban de nevus melanocíticos a 202 pacientes de una población total de 478 enfermos, lo que en este nivel da una prevalencia del 42,6% de nevus. En el nivel de la atención especializada, los dermatólogos diagnosticaban de nevus melanocítico a 374 de aquellos pacientes, lo que da una prevalencia en este nivel asistencial del 78,2%. No se cumplen, por tanto, los supuestos ni de baja prevalencia en los niveles asistenciales (media o moderada si se apura en el de atención primaria) ni de parecida entre ellos, con una diferencia entre ambas del 38,6%. En el artículo original comentábamos la baja concordancia encontrada y que ésta era inferior a la de otros estudios donde se comparan los niveles de atención primaria y atención especializada para otros diagnósticos u otras pruebas diagnósticas²⁻⁸, y dábamos una líneas de investigación para profundizar en esas diferencias. No se describe exactamente cómo se calculó el índice kappa porque es un índice tan conocido y generalizado que no lo creímos oportuno y tampoco se nos requirió en la evaluación del artículo. En cualquier caso, sólo hay una forma de calcularlo, que se describe en el artículo de Abraira, y esperamos que los lectores de la Revista tomen buena nota para realizar estudios donde lo puedan aplicar. También se comentan en nuestro artículo los posibles sesgos y no se hizo referencia al de la prevalencia del factor de estudio porque entendíamos que no había lugar a dudas. De todas formas, para pro-